

年 月 日

業務実績

|                  |               |   |     |   |
|------------------|---------------|---|-----|---|
| 事業者名             |               |   |     |   |
| 事業名（業務名）         |               |   |     |   |
| 当該事業の実施時期        | 令和 年 月 日 ～ 現在 |   |     |   |
| 実施場所             |               |   |     |   |
| 事業内容             |               |   |     |   |
| 年間利用者数<br>（参加者数） | 実人数           | 人 | 延人数 | 人 |

※本様式には、助産師、保健師、看護師の専門資格を有する者が、事業者施設で母乳育児相談や乳房手当を実施したもの等、仕様書に定める業務内容についての実績を記載してください。